



# Prevalência do transtorno de ansiedade e de depressão e fatores associados no pós-parto de puérperas


Erildo Vicente Muller <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4643-056X>

Camila Marinelli Martins <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8425-5769>

Pollyanna Kássia de Oliveira Borges <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9390-0459>

<sup>1-3</sup> Departamento de Saúde Pública. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Campus Uvaranas. Rua Luiz Nadal Motti. Ponta Grossa, PR, Brasil. CEP: 84.030-900. E-mail: erildomuller@hotmail.com

## Resumo

*Objetivos:* verificar a prevalência do transtorno de ansiedade e de depressão e fatores associados no pós-parto de puérperas no município de Ponta Grossa, Paraná.

*Métodos:* estudo transversal, realizado no ambulatório de atendimento de recém-nascidos do município de Ponta Grossa, Paraná, nos anos de 2016 e 2017. Foram avaliadas 250 puérperas com aplicação de formulário para levantamento de ansiedade e depressão, dados socioeconômicos, gestacionais. Realizou-se análise descritiva e de correspondência múltipla.

*Resultados:* a maioria das puérperas (81,2%) foi considerada sem depressão ou depressão leve, 14,4% com depressão leve a moderada e 4,4% com depressão moderada a grave. Em relação a ansiedade 68,4% apresentaram grau mínimo, 21,6% ansiedade leve, 7,6% ansiedade moderada e 2,4% ansiedade severa. No que tange aos fatores associados a depressão pós parto, nenhuma variável sociodemográfica e relacionada ao parto apresentou-se associada. Já no que se refere à ansiedade, a cor amarela/indígena, a falta de suporte paterna e ter interrompido a gestação apresentaram associação às condições mais avançadas de ansiedade.

*Conclusão:* não houve associação entre condições demográficas e de saúde com a depressão pós-parto, mas, em relação à ansiedade, a cor amarela/indígena, a falta de suporte paterna e a interrupção de gestações anteriores apresentaram associação as condições mais avançadas de ansiedade.

**Palavras-chave** Depressão, Ansiedade, Gestante, Período pós-parto



## Introdução

Os transtornos de ansiedade e os sintomas depressivos têm aumentado de maneira expressiva ao longo do tempo, sobretudo pelo modo de vida moderna.<sup>1</sup> Estimativas apontam que até 2020 a depressão será provavelmente a segunda maior causa de morbidade no mundo.<sup>2</sup>

Depressão é considerada problema grave de saúde pública, tendo predomínio no sexo feminino, muitas vezes precedida por eventos vitais marcantes, como a gestação, o parto e o período pós-parto.<sup>3,4</sup>

A depressão pós-parto (DPP) apresenta variações em sua ocorrência, com maiores prevalências em países menos desenvolvidos. No Brasil, autores apontam que a DPP apresenta prevalências variando entre 10 e 15% e aproximadamente 50% dos casos são diagnosticados.<sup>2,5</sup>

Quando a mulher engravida, normalmente a chegada da criança é carregada de expectativas, mudanças e desafios. Após o nascimento, a mãe depara-se com o bebê real, produção sua e que pode ser diferente daquele que imaginou. Portanto, tem-se uma mulher puérpera que tenta equilibrar as tarefas atribuídas a ela na condição de mãe (adaptação da rotina da casa, questões financeiras, emocionais e sociais), juntamente com a transformação hormonal, física e emocional pela qual passa.<sup>6</sup>

A gestação e o puerpério precisam ser vistos com especial atenção<sup>6</sup> observando-se várias alterações no comportamento feminino e na vida do casal. Neles, espera-se um ideal, um modelo de mãe perfeita, uma imagem romaneada da maternidade, que está alicerçada sob um rígido padrão incapaz de admitir qualquer vestígio de sentimentos ambivalentes que ela possa vir a sentir.<sup>7</sup> Tais exigências explicam porque no primeiro mês do puerpério o risco para desenvolver depressão é três vezes maior, quando comparado a outros períodos da vida da mulher.<sup>8</sup>

No que diz respeito aos sintomas da depressão associada ao nascimento de um bebê, iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses, sendo a segunda causa de adoecimento de mulheres no mundo, podendo levar ao suicídio, um dos principais fatores de mortalidade entre mulheres em idade fértil.<sup>9</sup> Os sintomas da depressão pós-parto estão associados principalmente ao humor depressivo, medo, ansiedade, desânimo e até pensamentos autodestrutivos ou desejos de causar danos à criança.<sup>9</sup> Arrais *et al.*<sup>10</sup> destacam a existência de três distúrbios que são característicos do período puerperal: a melancolia da maternidade (*baby blues*), a depressão pós-parto e a psicose puer-

peral.

Angelo *et al.*,<sup>7</sup> descrevem que muitas vezes a depressão e ansiedade são transtornos de humor usualmente associados à persistência do quadro doloroso. Nesta perspectiva, em função da tríade medo-tensão-dor que coexistem com a gravidez, parto e pós-parto, em que o quadro emocional está diretamente relacionado às funções musculares e fisiológicas, poderá então ocorrer, na mulher, a evolução da depressão no pós-parto.

Diante do exposto o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência do transtorno de ansiedade e de depressão e fatores associados no pós-parto de puérperas no município de Ponta Grossa, Paraná.

## Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, realizado em um ambulatório de atendimento de recém-nascidos do município de Ponta Grossa, todas as puérperas do município são atendidas nesse serviço para aplicação das primeiras doses de vacina nos recém-natos. A coleta de dados foi realizada no período de março de 2016 a março de 2017.

Foram avaliadas 250 puérperas (amostra de conveniência) com aplicação de formulário para levantamento de dados socioeconômicos e de ansiedade e depressão. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: mulher em fase de puerpério com a última gestação tendo ocorrido em uma data igual ou inferior a quatro semanas da data de aplicação dos questionários e aceite participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: se negar a participar ou que não concluíssem o preenchimento dos formulários.

Primeiramente foi esclarecido o objetivo da pesquisa a todas as puérperas convidadas, sendo então disponibilizado a elas o termo de consentimento livre e esclarecido. Após o aceite de participação, foi aplicado um questionário para levantamento de dados socioeconômicos, elaborado pelos autores. As variáveis de interesse foram: idade, escolaridade, raça, religião, emprego, planejamento do filho e aceitação da gravidez por parte dela, do pai e da família, estado civil, renda, número de consultas pré-natais realizadas, preferência pelo sexo da criança e a data de nascimento da criança.

Para o levantamento da prevalência de ansiedade aplicou-se o questionário de ansiedade de Beck II – BAI versão em português, sendo caracterizada "ansiedade grau mínimo" quando a pontuação variou entre 0 a 7 pontos, "ansiedade leve" de 8 a 15 "ansiedade moderada" de 16 a 25 e "ansiedade severa" de 26 a 63 pontos.

Para a avaliação de depressão pós-parto, foi utilizado o questionário de depressão de Beck – BDI II (versão em português) composto por 21 perguntas com diferentes alternativas a respeito de como o sujeito tem se sentido recentemente, podendo haver como resultado: "ausência de depressão ou depressão leve", quando pontuou menos de 10 pontos, "leve a moderada" entre 10 e 18, "moderada a grave" entre 19 e 29 e "depressão grave" entre 30 e 63 pontos.<sup>11</sup>

Inicialmente, procedeu-se a avaliação da frequência relativa das variáveis segundo a classificação da BDI (sem depressão ou depressão leve, depressão leve a moderada, depressão moderada a grave e depressão grave) e segundo a classificação da BAI (grau mínimo de ansiedade, ansiedade leve, moderada e severa). As variáveis avaliadas foram: escolaridade, raça, religião, emprego, estado civil, renda, planejamento, apoio familiar, apoio do pai, interrupção gestacional e preferência pelo sexo da criança.

Após a obtenção das frequências relativas, verificaram-se os perfis de ansiedade e depressão com análise de correspondência múltipla. A análise de correspondência múltipla é uma alternativa de análise de componentes principais ou análise fatorial para dados qualitativos. Dado que as variáveis dependentes (classificação da BDI e BAI) não são binárias, o uso de uma alternativa a análises convencionais fez-se necessário. Nesta análise, a tabela de contingência ou tabela de frequência cruzada produzida quando do cruzamento de duas ou mais variáveis é transformada em uma matriz com as probabilidades condicionais dos valores originais da tabela. De modo que o produto final mostra um espaço bidimensional definido pelos dois mais importantes eixos de variabilidade das variáveis. Desta forma, a associação entre as variáveis é verificada pela proximidade dos eixos formados por cada uma e a intensidade destas associações é verificada pela distância dos mesmos à origem assumindo que, quanto mais distante da origem, menos aleatório o comportamento da variabilidade do vetor.<sup>12</sup> Assim, quando distantes dos eixos e próximos entre si, os vetores foram considerados significativos e associados.

As análises foram realizadas no ambiente R (R Core Team, 2017)<sup>13</sup> e a análise de correspondência múltipla com o pacote "ca".<sup>14</sup>

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa sob parecer nº 1.176.598/2015.

## Resultados

Na Tabela 1, são descritas as frequências de depressão na classificação BDI, segundo as variáveis de estudo. Não houve mulheres classificadas como depressão grave, 81,2% foram consideradas como sem depressão ou depressão leve, 14,4% como depressão leve a moderada e 4,4% como depressão moderada a grave. Entre as frequências das variáveis sociodemográficas, 45,2% do total estavam sem depressão e frequentaram até o ensino médio, 50,0% da raça branca, 40,2% da religião católica, 48,8% estavam desempregadas ou encostadas, 66,8% casadas ou em união estável e 46,0% com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (Tabela 1).

Para as variáveis relacionadas à gestação, ainda na Tabela 1, 43,6% do total estavam sem depressão e o parto foi cesárea, 45,2% a gestação foi planejada, 76,0% tiveram muito apoio familiar, 75,6% tiveram muito apoio do pai, 80,4% não interromperam gestação e 61,6% não tinham preferência pelo sexo (Tabela 1).

Na Tabela 2, estão apresentadas as variáveis de estudo segundo a classificação da BAI. A maior frequência foi de grau mínimo de ansiedade, com 68,4%, seguindo de 21,6% de ansiedade leve, 7,6% de ansiedade moderada e 2,4% de ansiedade severa. Entre as frequências das variáveis sociodemográficas, 36,8% do total estavam em grau mínimo de ansiedade e frequentaram até o ensino médio, 40,0% da raça branca, 34,5% da religião católica, 39,2% estavam desempregadas ou encostadas, 56,4% casadas ou em união estável e 39,2% com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (Tabela 2).

Para as variáveis relacionadas à gestação, ainda na Tabela 2, 33,2% do total estavam em grau mínimo de ansiedade e o parto foi vaginal, 39,6% a gestação foi planejada, 64,0% tiveram muito apoio familiar, 63,2% tiveram muito apoio do pai, 68,0% não interromperam gestação e 50,0% não tinham preferência pelo sexo (Tabela 2).

Nas Figuras 1 e 2 estão apresentadas as análises de correspondência múltipla de acordo com a classificação da BDI (Figura 1) e BAI (Figura 2). Não houve um perfil de associação significativo entre depressão e as variáveis sociodemográficas ou as relacionadas ao parto. Conforme apresentado na Figura 1, os vetores principais (BDI\_1 = sem depressão ou depressão leve, BDI\_2 = depressão leve a moderada e BDI\_3 = depressão moderada a grave) não apresentaram-se próximos de outras variáveis e/ou distantes dos eixos.

Já para a ansiedade, pode-se inferir que na avaliação das variáveis sociodemográficas, houve asso-

**Tabela 1**

Frequência de depressão em puérperas na classificação BDI, segundo condições sociodemográficas e de saúde. Ponta Grossa, Paraná; 2017.

BDI – classificação	Sem depressão ou depressão leve		Depressão leve a moderada		Depressão moderada a grave	
	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridade</b>						
Não frequentou a escola	-	-	-	-	-	-
Ensino fundamental	47	18,8	14	5,6	5	2,0
Ensino médio	113	45,2	16	6,4	5	2,0
Ensino superior	43	17,2	6	2,4	1	0,4
<b>Raça</b>						
Branca	125	50,0	22	8,8	9	3,6
Negra e parda	77	30,8	11	4,4	2	0,8
Amarela ou indígena	1	0,4	3	1,2	-	-
<b>Religião</b>						
Católica	100	40,2	18	7,2	6	2,4
Evangélica	76	30,5	17	6,8	3	1,2
Outras	12	4,8	-	-	-	-
Sem religião	15	6,0	-	-	2	0,8
<b>Emprego</b>						
Empregada	81	32,4	17	6,8	4	1,6
Desempregada ou encostada	122	48,8	19	7,6	7	2,8
Aposentada	-	-	-	-	-	-
<b>Estado civil</b>						
Casada/união estável	167	66,8	30	12,0	8	3,2
Solteira/divorciada	36	14,4	6	2,4	3	1,2
Viúva	-	-	-	-	-	-
<b>Renda familiar (salário mínimo)</b>						
Até 1	48	19,2	8	3,2	3	1,2
1 - 3	115	46,0	21	8,4	7	2,8
Mais de 3	40	16,0	7	2,8	1	0,4
<b>Tipo de parto</b>						
Cesárea	109	43,6	18	7,2	6	2,4
Vaginal	94	37,6	18	7,2	5	2,0
<b>Planejamento</b>						
Sim	113	45,2	15	6,0	6	2,4
Não	90	36,0	21	8,4	5	2,0
<b>Apoio da família</b>						
Muito apoio	190	76,0	33	13,2	7	2,8
Pouco apoio	13	5,2	3	1,2	4	1,6
<b>Apoio do pai</b>						
Muito apoio	189	75,6	33	13,2	11	4,4
Pouco apoio	14	5,6	3	1,2	-	-
<b>Interrompeu gestação</b>						
Sim	2	0,8	-	-	-	-
Não	201	80,4	36	14,4	11	4,4
<b>Preferência pelo sexo</b>						
Menino	20	8,0	8	3,2	-	-
Menina	29	11,6	10	4,0	-	-
Sem preferência	154	61,6	18	7,2	11	4,4
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>81,2</b>	<b>36</b>	<b>14,4</b>	<b>11</b>	<b>4,4</b>

BDI= Inventário de Depressão de Beck.

Tabela 2

Frequência de ansiedade em puérperas na classificação BAI, segundo condições sociodemográficas e de saúde. Ponta Grossa, Paraná; 2017.

BAI – classificação	Grau mínimo de ansiedade		Ansiedade leve		Ansiedade moderada		Ansiedade severa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolaridade								
Ensino fundamental	43	17,2	14	5,6	7	2,8	2	0,8
Ensino médio	92	36,8	30	12,0	9	3,6	3	1,2
Ensino superior	36	14,4	10	4,0	3	1,2	1	0,4
Raça								
Branca	100	40,0	39	15,6	13	5,2	4	1,6
Negra e parda	69	27,6	15	6,0	4	1,6	2	0,8
Amarela e indígena	2	0,8	-	-	2	0,8	-	-
Religião								
Católica	86	34,5	25	10,0	10	4,0	3	1,2
Evangélica	68	27,3	21	8,4	6	2,4	1	0,4
Outras	8	3,2	3	1,2	1	0,4	0	0,0
Sem religião	9	3,6	4	1,6	2	0,8	2	0,8
Emprego								
Empregada	73	29,2	19	7,6	8	3,2	2	0,8
Desempregada ou encostada	98	39,2	35	14,0	11	4,4	4	1,6
Aposentada	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado civil								
Casada/união estável	141	56,4	44	17,6	16	6,4	4	1,6
Solteira/divorciada	30	11,6	10	4,0	3	1,2	2	0,8
Viúva	-	-	-	-	-	-	-	-
Renda familiar (salário mínimo)								
Até 1	38	15,2	13	5,2	7	2,8	1	0,4
1 - 3	98	39,2	33	13,2	9	3,6	3	1,2
Mais de 3	35	14,0	8	3,2	3	1,2	2	0,8
Tipo de parto								
Cesárea	83	33,2	36	14,4	10	4,0	4	1,6
Vaginal	88	35,2	18	7,2	9	3,6	2	0,8
Planejamento								
Sim	99	39,6	25	10,0	10	4,0	0	0,0
Não	72	28,8	29	11,6	9	3,6	6	2,4
Apoio da família								
Muito apoio	160	64,0	51	20,4	16	6,4	3	1,2
Pouco apoio	11	4,4	3	1,2	3	1,2	3	1,2
Apoio do pai								
Muito apoio	158	63,2	50	20,0	19	7,6	6	2,4
Pouco apoio	13	5,2	4	1,6	-	-	-	-
Interrompeu gestação								
Sim	1	0,4	1	0,4	-	-	-	-
Não	170	68,0	53	21,2	19	7,6	6	2,4
Preferência pelo sexo								
Menino	17	6,8	7	2,8	4	1,6	-	-
Menina	29	11,6	5	2,0	3	1,2	2	0,8
Sem preferência	125	50,0	42	16,8	12	4,8	4	1,6
Total	171	68,4	54	21,6	19	7,6	6	2,4

BAI= Escala de Ansiedade de Beck.

ciação significativa entre a ansiedade moderada e a raça amarela/indígena. E, na avaliação das variáveis relacionadas à gestação, houve associação significativa entre a ansiedade severa e o pouco apoio do pai e ter interrompido a gestação. Conforme apresentado na Figura 2, os vetores principais (BAI\_1 = grau mínimo de ansiedade, BAI\_2 = ansiedade leve, BAI\_3 = ansiedade moderada ou BAI\_4 = ansiedade severa) mostraram-se associados a um dos vetores de raça nas variáveis sociodemográficas e do apoio do pai e interrupção da gestação nas variáveis relacionadas à gestação.

**Discussão**

No presente estudo verificou-se prevalência de depressão e ansiedade nos níveis importantes (de moderada a grave) abaixo dos parâmetros encontrados em outros estudos.<sup>15,16</sup>

Os dados de prevalência para depressão e

ansiedade em mulheres no período pós-parto é bastante discrepante, variando de 7,2% a 39,4%.<sup>15,16</sup> Esta variabilidade entre a frequência de depressão e ansiedade poderia ser atribuída a heterogeneidade da amostra, diferenças econômicas e culturais, bem como os diversos métodos, escalas de avaliação e critérios, além da dificuldade de angariar dados fidedignos.

No entanto, mesmo com discrepâncias intensas acerca da prevalência da ansiedade e depressão no pós-parto é certo que as mulheres requerem atenção especial nesta fase da vida acerca destas condições. Neste período as mulheres estão mais propensas a desenvolver distúrbios psíquicos.<sup>17-19</sup> Ao tornar-se mãe, ocorre uma transição de vida importante que requer adaptação as mudanças, novos papais são exigidos, as atividades sociais são modificadas ou deixadas em segundo plano, acontecem cobranças socioculturais, familiares e pessoais, ocorrem transformações em nível hormonal, físico e emocional,

**Figura 1**

Análise de correspondência múltipla entre variáveis sociodemográficas e condições de saúde e depressão em puérperas na classificação BDI. Ponta Grossa, Parana; 2017.

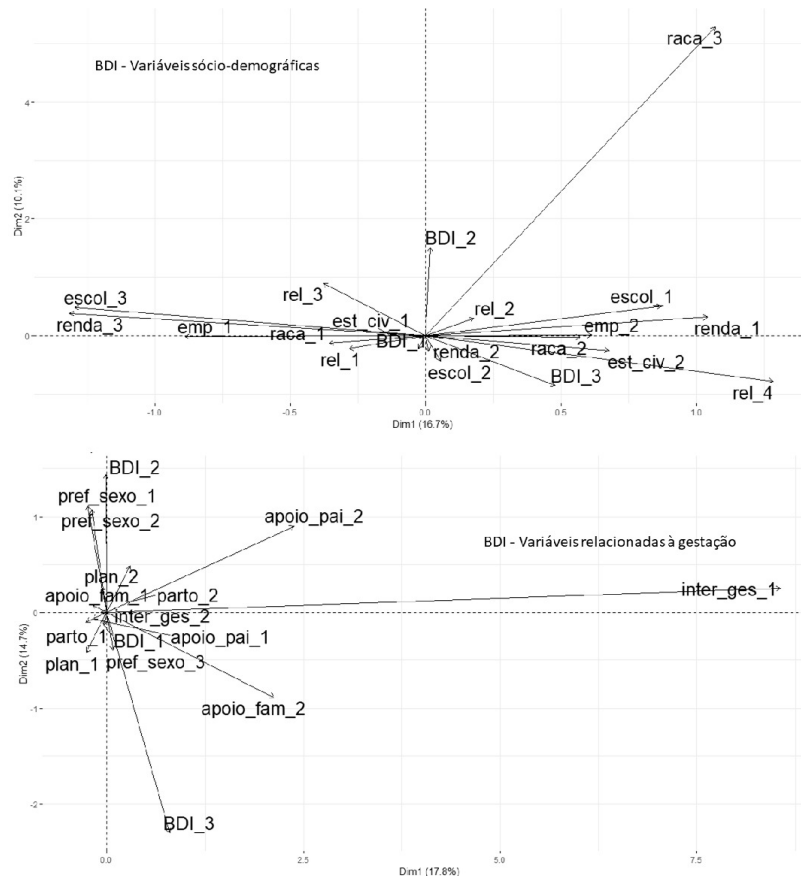
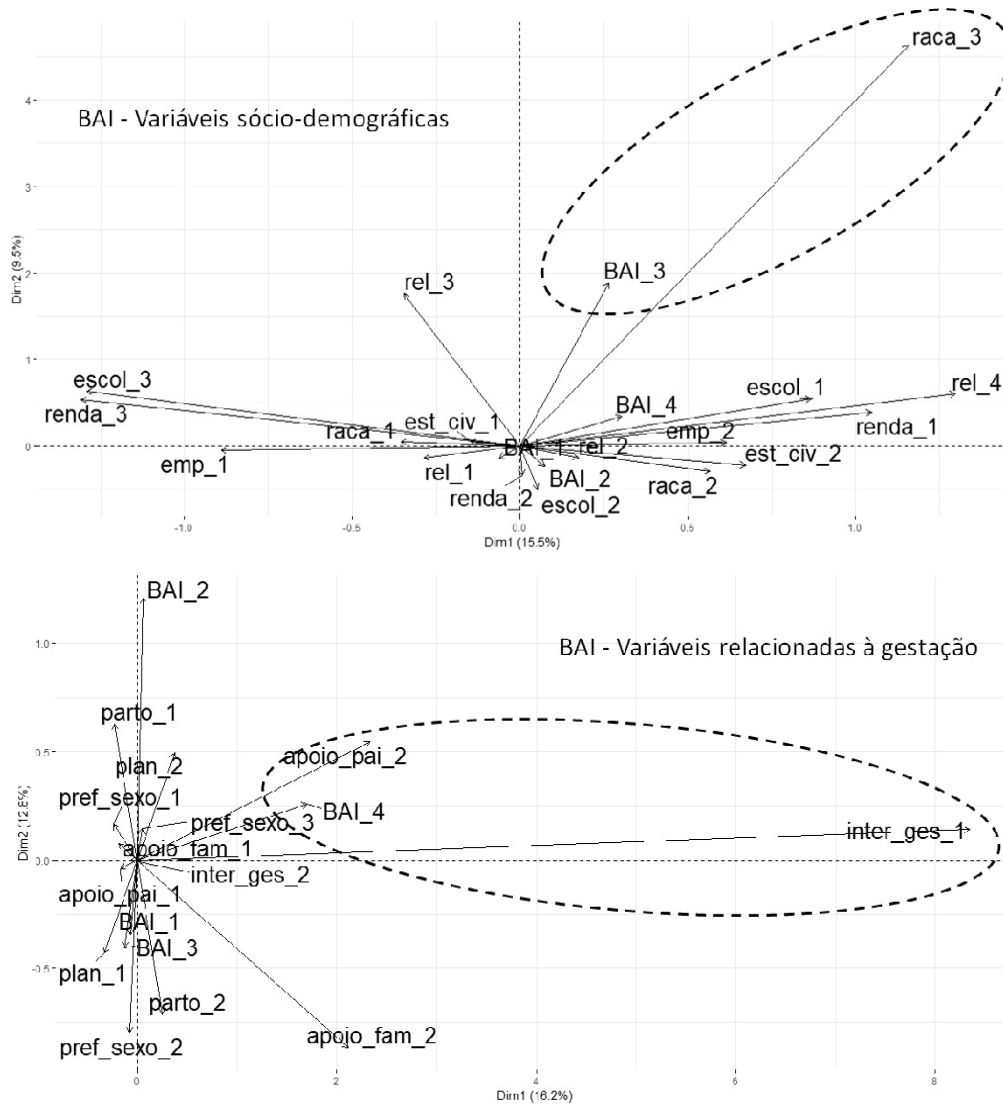


Figura 2

Análise de correspondência múltipla entre variáveis sociodemográficas e condições de saúde e ansiedade em púérperas na classificação BAI. Ponta Grossa, Paraná; 2017.



condições que favorecem instabilidade emocional, que em maior ou menor grau, podem gerar quadros de ansiedade e depressão.<sup>17-21</sup>

Os transtornos psiquiátricos predisõem várias repercussões negativas sobre a paciente, a criança e as relações familiares, a curto, médio e longo prazo.<sup>1,17,18,21</sup> Para a mulher, a depressão pós-parto, pode se arrastar por vários anos, além de potencializar as chances de outros quadros depressivos.<sup>17,18,21</sup> Ainda, a relação com a criança também

fica prejudicada, podendo influenciar negativamente no aleitamento materno,<sup>15,18</sup> na habilidade materna de responder à demanda envolvida nos cuidados, capacidade de engajamento positivo e contato emocional com o bebê.<sup>17</sup> O impacto sobre a criança também é significativo. Para além dos supracitados, estes podem apresentar dificuldades no desenvolvimento emocional e comportamental, bem como atraso no desenvolvimento cognitivo e no ganho ponderal.<sup>1,17,22</sup> Além disso, sentimentos depressivos

são capazes de alterar a autopercepção da mulher e gerar conflitos nos seus relacionamentos familiares.<sup>21</sup>

Diferentemente do encontrado na literatura, a depressão nas mulheres investigadas no presente estudo, não apresentou-se associada a nenhuma variável sociodemográfica ou as relacionadas ao parto,<sup>17,19,20,22,23,24</sup> condição que poderia estar ligada à utilização no presente estudo de um método mais robusto de análise (classificação BDI e BAI), diferente do comumente utilizado na literatura. Não obstante, também não existe um consenso na literatura, mas, os principais fatores de risco citados são: ser solteira, ocorrência de disforia no pós-parto, sintomas depressivos e ansiosos durante a gravidez, história de depressão, eventos de vida estressantes durante a gravidez, complicações médicas no pós-parto e ausência de suporte social.<sup>17,19,20,22,23,24</sup>

Já para a ansiedade em níveis elevados, verificou-se, no presente estudo, associação com a cor, pouco apoio do pai e ter interrompido a gestação. A ansiedade maior das mulheres amarela/indígena, em detrimento as brancas, pode ser explicada pelo reflexo desta desigualdade racial nas diversas dimensões da vida social existente e bem consolidadas no Brasil. Segmentos socialmente menos favorecidos, incluindo pretos, pardos e indígenas, apresentam níveis mais elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis, menor acesso e utilização de serviços de saúde, maiores níveis de mortalidade materna, maior risco de terem um pré-natal inadequado e pior gradiente de cuidado em saúde em todo o ciclo gravídico e puerperal.<sup>25</sup>

A falta de suporte social, em especial do pai, destacou-se como um fator predisponente de ansiedade. Estudos concordam com o presente achado, inferindo que a ajuda e o apoio emocional nos cuidados pós-natais são fatores protetores.<sup>1,17,24</sup> Ter auxílio neste processo de construção de ser mãe, destes novos papéis e habilidades que a maternidade exige diminui sentimentos de medo e insegurança, e também de culpa e incapacidade.<sup>1,17,21,22</sup> Se tal suporte não for suficiente, o vínculo mãe-bebê pode ser dificultado, podendo ser inexistente ou exacerbado, gerando sintomas impactantes na vida do casal e dos filhos.<sup>1</sup>

O estudo de Beltrami *et al.*,<sup>1</sup> verificou que mães com suporte do cônjuge foram as que apresentaram níveis mínimos de ansiedade. Ao contrário, no caso das mães solteiras ou sem companheiro, houve associação positiva com a presença de ansiedade já que estas mulheres estavam realmente sós e sem apoio para o cuidado com o filho. Logo, o suporte familiar, tem grande peso para a manutenção da saúde mental

e enfrentamento de situações estressantes, além da adequação de comportamentos maternos em relação aos filhos.<sup>24</sup>

A relação da ansiedade com ter interrompido a gestação pode ser justificada pela maior fragilidade em que a mulher se encontra ao ter vivenciado durante a gestações passadas condições estressoras significativas,<sup>20</sup> como a morte. Existe uma suposição de que esses abortos podem levar a consequências psicológicas adversas e elas podem externalizar de formas diferentes a experiência de parto passado. A mãe pode depositar nesta nova fase de vida uma preocupação excessiva quanto a saúde e desenvolvimento do bebê, possibilidade de perda e pelas perspectivas sobre sua condição de vida futura, atrelada a uma sensação de susceptibilidade e incapacidade, e estas podem elevar quadros de ansiedade.<sup>21</sup>

Frente ao exposto, é importante que os gestores de saúde invistam em ações de atenção à saúde mental materna, em todo o período gravídico e puerperal, que atendam ao reconhecimento dos fatores de risco individuais e coletivos aos diagnóstico precoce e os mecanismos de prevenção, proteção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde mental das mulheres, para garantia de qualidade de vida destas e seus familiares.

Nessa linha de raciocínio, a incorporação de um profissional na área de saúde mental junto a pacientes de risco, e capacitação de equipes de saúde que atendem o pré-natal, parto e puerpério para manejo e suporte adequado das pacientes, neste momento tão delicado, seria uma ajuda valiosa para evitar os impactos negativos destes distúrbios na vida da mãe e da criança.<sup>20</sup>

O desenho do estudo, transversal, não permite estabelecer inferências causais entre ansiedade e depressão pós-parto e as variáveis sociodemográficas e obstétricas estudadas. Ainda, não pode se inferir se o nível de ansiedade e depressão era causa ou consequência das variáveis explicativas estudadas. Vale destacar também que o presente estudo utilizou-se de duas escalas de autoavaliação e não critérios psiquiátricos para classificar a depressão e ansiedade. No entanto, as limitações apontadas não desmerecem a importância do estudo em disseminar o conhecimento destes agravos em puerperas.

Conclui-se que a prevalência de depressão e ansiedade nos níveis importantes (de moderada a grave) encontrada nas puerperas investigadas foram abaixo dos parâmetros encontrados em outros estudos. Esta condição não exime a responsabilidade dos gestores para ter um olhar cauteloso acerca da temática e investir em estratégias que minimizem ainda mais estes quadros, visto que seus impactos



para vida da mãe, criança e familiares é bastante significativo. Não houve associação entre condições demográficas e de saúde com a depressão pós-parto, mas, em relação à ansiedade, a cor amarela/indígena, a falta de suporte paterna e a interrupção de gestações anteriores apresentaram associação as condições mais avançadas de ansiedade.

## Contribuição dos autores

Os autores contribuíram em todas as etapas: planejamento do estudo, coordenação de aplicação dos instrumentos de coleta, análise de dados e escrita. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

## Referências

- Beltrami L, De Moraes AB, De Souza APR. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Disturb Comun.* 2013; 25 (2): 229-39.
- De Oliveira MJM, Dunningham W. Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. *Rev Bras Neurol Psiquiatr.* 2015; 19 (2): 72-83.
- Abelha L. Depressão, uma questão de saúde pública. [Editorial] *Cad Saúde Coletiva.* 2014; 22 (3): 223.
- Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, de Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul.* 2007; 29 (3): 274-80.
- Brito CNO, Alves SV, Ludermir AB, de Araújo TVB. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49 (33): 1-9.
- Greinert BRM, Milani RG. Depressão Pós-Parto: Uma Compreensão Psicossocial. *Psicol Teor Prát.* 2015; 17 (1): 26-36.
- Angelo RCO, Sabino LF, Schwingel PA, Lima APO, Zambaldi CF, Cantilino A, et al. Pain and associated factors in depressed and non depressed puerperal women. *Rev Dor.* 2014; 15 (2): 100-6.
- Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiquiatr Clin.* 2010; 37 (6): 788-294.
- Marques L de C, Silva WRV, Lima VP, Nunes JT, Ferreira AGN, Fernandes MN de F. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. *Journal Heal NPEPS.* 2016; 1 (2): 145-59.
- Arrais AR, Araujo TC, Ferreira C. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. *Rev Soc Bras Psicol Hosp.* 2016; 19 (1): 103-16.
- Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34 (4): 389-94.
- Greenacre MJ. Correspondence analysis in practice. 2 ed. Chapman & Hall/CRC, editor. Boca Raton; 2007. 280 p.
- The R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. R Foundation for Statistical Computing, editor. Viena, Austria; 2017. Available from: <http://www.r-project.org/>
- Greenacre M, Nenadić O. Correspondence Analysis in R, with Two- and Three-dimensional Graphics: The ca Package. *J Stat Softw.* 2007; 20 (3): 1-13.
- Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28 (3): 171-8.
- Silva M de AP, Demitto M, Agnolo C, Torres M, Carvalho M, Pelloso S. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2017; 18 (18): 8-13.
- Figueira PG, Diniz LM, Filho HC da S. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2011; 33 (2): 71-5.
- Abuchaim E de SV, Caldeira NT, Di Lucca MM, Varela M, Silva IA. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paul Enferm.* 2017; 29 (6): 664-70.
- Poles MM, Carvalheira APP, Carvalhaes MA de BL, Parada CMG de L. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31 (4): 351-8.
- Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33 (9): 1-10.
- De Melo, Synara Barbosa Jordão RRR, Guimarães, Fernanda Jorge Perrellii JGA, Cantilino A, Sougey EB. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2018; 18 (1): 171-7.
- Gonçalves APAA, Pereira P de S, Oliveira V de C, Gasparino R. Reconhecendo e intervindo na depressão pós-parto. *Rev Saúde Foco.* 2018; (10): 264-8.
- Zaconeta AM, De queiroz IFB de, Amato AA, Da motta LDC, Casulari LA. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35 (3): 130-5.
- Alfaia RDM, Reis LR, Magalhães MM. Uso da Escala de Edinburgh pelo enfermeiro na identificação da depressão pós parto: revisão integrativa da literatura. *Rev Ciênc Soc.* 2016; 1 (1): 1-19.
- Leal M do C, da Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Do Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Coletiva.* 2017;33 (Supl.1): 1-17.

Recebido em 27 de Maio de 2019

Versão final apresentada em 1 de Junho de 2021

Aprovado em 25 de Agosto de 2021